



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

El deporte como medio de inclusión social de las personas con discapacidad intelectual

Autor/es

CELIA PÉREZ GARCÍA

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2017-18



El deporte como medio de inclusión social de las personas con discapacidad intelectual, de CELIA PÉREZ GARCÍA

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2018

© Universidad de La Rioja, 2018

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



TRABAJO DE FIN DE GRADO

EL DEPORTE COMO MEDIO DE INCLUSIÓN SOCIAL DE
LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CELIA PÉREZ GARCÍA

TUTORA

NEUS CAPARRÓS CIVERA

FIRMADO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

AÑO ACADÉMICO 2017-2018

RESUMEN

En el presente trabajo de fin de grado se plantea el deporte como medio de integración e inclusión social para personas con discapacidad intelectual. La práctica deportiva es un medio al que toda la ciudadanía debería tener acceso sin distinción de raza, etnia, sexualidad o discapacidad. Esta práctica deportiva tiene relevancia en el ámbito social ya que fomenta la integración e inclusión de aquellas personas más vulnerables que suelen estar excluidas de la sociedad.

Es trabajo es documental y bibliográfico, en él se presenta información sobre el deporte y también se recoge la influencia del mismo en las personas con discapacidad intelectual, el marco normativo existente y el papel del trabajador y la trabajadora social en la práctica de la actividad.

Palabras clave: discapacidad, discapacidad intelectual, derechos, deporte, inclusión social.

ABSTRACT

In the following end-of-degree project, sport as a means of social integration and inclusion for people with intellectual disabilities, is highlighted. Sport practice should be accessible for the whole population, without distinction as to race, ethnics, sexuality or disability. This practice has a great relevance to the social field, since it encourages the integration and inclusion of those vulnerable people who are often excluded from society.

This project is documentary and bibliographic, in which sport-related information is presented as well as including the importance of the sport in people with intellectual disabilities, the existing regulatory framework and the role of the social worker in the sport practice.

Keywords: disability, intellectual disability, rights, sport, social inclusion.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS.....	6
• Objetivo general.....	6
• Objetivos específicos	6
3. METODOLOGÍA	7
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN	8
4.1. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA DISCAPACIDAD?.....	8
4.1.1. ABORDANDO EL CONCEPTO.....	8
4.1.2. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	15
4.2. IMPORTANCIA DEL DEPORTE Y FACTORES ASOCIADOS.....	19
4.3. LA RELACIÓN DEL DEPORTE CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	21
4.4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL DEPORTE CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	30
5. CONCLUSIONES	32
6. BIBLIOGRAFÍA	36
7. ANEXO	40

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se va a abordar el tema de las personas con diversas discapacidades intelectuales, mentales, físicas o sensoriales, que conforman la población de personas con discapacidad, las cuales han sido, en no pocas ocasiones, vulnerables y excluidas de la sociedad. Pero de entre todas ellas, se va a tratar sobre las personas con discapacidad intelectual.

Lo que se pretende es poner de manifiesto la poca visibilización que hoy en día tienen las personas con discapacidad intelectual, ya que con frecuencia son consideradas como inferiores o desvalorizadas sin razón. Es muy importante dar a conocer las diversas habilidades y capacidades de estas personas, centrándose por tanto en sus capacidades y no en sus discapacidades. Esto conlleva que no puedan tener un buen acceso a los recursos y servicios a los que accede el resto de la población, lo que deja entrever que no están incluidas/os plenamente en la sociedad.

Las personas con discapacidad intelectual son válidas para llevar a cabo actividades en los diversos ámbitos laboral y educativo, por ejemplo, así como para el deportivo, donde la visibilización es todavía menor. Estas personas merecen la inclusión en la sociedad en todos los ámbitos en los que participen, como cualquier otra persona, por lo que el deporte es un medio de integración social que puede fomentar la mejoría del estado de salud y bienestar físico de la población con discapacidad intelectual. Además, el deporte rodea nuestras vidas a diario, se puede practicar cualquier tipo de actividad tanto por diversión, por beneficios mentales y corporales, y/o como un modelo de vida. Por ello es importante practicar o estar vinculado a algún tipo de deporte, ya que influye en una mejoría de nuestro estado de salud, físico y/o emocional.

Para la elaboración del trabajo se ha utilizado una metodología de carácter documental y bibliográfico. Asimismo, se ha recopilado información mediante técnicas cualitativas como la entrevista. Pero, con anterioridad, se ha realizado un análisis sobre el tema y la situación de las personas con discapacidad en el deporte. Por ello, la utilización de diversas fuentes tanto primarias como secundarias, ha permitido la obtención de datos e información relevante sobre el tema objeto de estudio.

Como conclusiones del trabajo se puede apuntar que el deporte es una práctica positiva para las personas con discapacidad intelectual, mediante el cual mejora su estado físico y emocional. Asimismo, se deben promover actividades deportivas y la integración del

deporte puesto que existen numerosas barreras y falta de accesibilidad a dichas actividades. Además, existe falta de visibilización sobre el mismo y el colectivo, que es necesaria promover para que todas las personas tengan noción de su situación.

El contenido se va a estructurar en cuatro apartados sobre: qué sabemos sobre la discapacidad; los beneficios del deporte y factores asociados; la relación del deporte con este colectivo; y el papel del trabajador o trabajadora social en este ámbito.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

- Analizar la influencia positiva de la práctica del deporte en las personas con discapacidad intelectual.

- **Objetivos específicos**

- Estudiar las consecuencias de la práctica deportiva en el colectivo con discapacidad intelectual a nivel físico, emocional y mental.
- Analizar la necesidad de promover las actividades deportivas y físicas de las personas con discapacidad intelectual.
- Plantear cómo integrar el deporte como actividad normalizada de las personas con discapacidad intelectual para mejorar su salud y su integración en la sociedad.

3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la elaboración de este trabajo de fin de grado ha sido la de un trabajo documental y bibliográfico.

El trabajo o investigación documental se refiere a aquella que se realiza con documentos de cualquier naturaleza procedentes tanto de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas (Izaguirre, Mustelier, Rivera, 2011). La primera de ellas se caracteriza por la consulta de libros, monografías, tesis, publicaciones periódicas, etc., fuentes que proporcionan la información con carácter directo. La segunda de ellas se refiere a artículos o ensayos de revista, resúmenes, o recopilaciones, donde se reprocessa la información anteriormente adquirida. Por último, se entiende por fuente archivística aquella que emplea documentos de archivos como expedientes, circulares, boletines o conferencias, entre otros (Marín, 2008).

Asimismo, se ha recopilado información de Leyes, Decretos y/o Convenciones, algunas de ellas son: el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social*; *Constitución Española de 1978*; *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*; o *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*.

El proceso llevado a cabo en el estudio ha constado de los siguientes pasos:

1. Búsqueda de información: recogida de información desde las fuentes documentales y bibliográficas, como artículos de revista, libros, textos científicos, material de la universidad o tesis doctorales, y diversas bases de datos tales como DIALNET o SCOPUS.
2. Selección de los materiales: una vez localizada la información, se ha utilizado la que fuese más pertinente acorde al trabajo, y lo más actual posible.
3. Análisis de la información seleccionada.
4. Elaboración de las conclusiones a partir de la información recopilada.
5. Establecimiento de las referencias bibliográficas conforme a la normativa APA.

En cuanto a la técnica cualitativa, se ha realizado una entrevista a un joven de 19 años de una asociación para personas con discapacidad intelectual. De ellas se obtuvieron unos resultados acerca de los beneficios de la práctica de deporte.

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

4.1. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA DISCAPACIDAD?

La discapacidad es un fenómeno que alberga una doble dimensión personal y social: la primera de ellas por estar presente en algunas personas a las cuales se les percibe como diferentes; y por otro lado social porque la discapacidad en sí es un hecho de importancia para la sociedad.

A nivel mundial, en torno a 1.000 millones de personas, un 15 % de la población, aqueja algún tipo de discapacidad. Por otra parte, a nivel estatal, hay 3,85 millones de personas con discapacidad, lo que equivale a un 8,5 % de la población, y de este total 2,30 millones son mujeres frente a 1,55 millones de hombres. Estos datos en términos relativos significan que 10 de cada 100 mujeres padecen alguna discapacidad frente a 7 de cada 100 hombres (MSSSI, 2011, p.5).

En España, las comunidades autónomas con mayor porcentaje de personas con discapacidad son Galicia, Extremadura, Castilla y León y Asturias, con más de un 10 % de población; y en el extremo opuesto se encuentran Cantabria, Baleares y Canarias con una tasa entorno al 7 % de población; y La Rioja con un 6 % de población con discapacidad. Además, en todas las comunidades autónomas se mantiene el mismo perfil por sexo y edad que a nivel estatal: un número mayor de mujeres con discapacidad que de hombres (MSSSI, 2011, p.5).

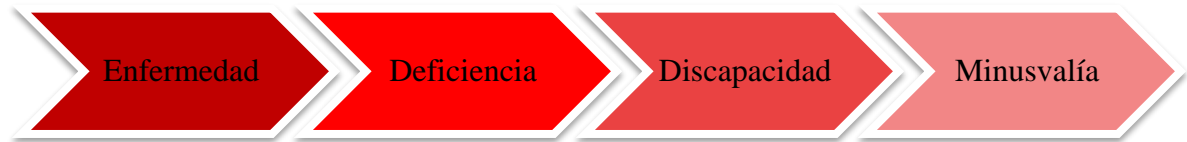
4.1.1. ABORDANDO EL CONCEPTO

La definición de discapacidad ha ido evolucionando a lo largo de la historia, hasta llegar a la aportada por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en el año 2001.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1980, presenta la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDm), publicada en castellano por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en 1983. Esta Clasificación tenía como finalidad unificar criterios para definir el concepto de discapacidad a nivel mundial. La CIDDm consideraba “la deficiencia” como anormalidad en una función, “la discapacidad” como la deficiencia para realizar una actividad considerada normal para los seres humanos y “la minusvalía” como la deficiencia para desempeñar un rol social normal. Asimismo, pretendía explicar y clasificar las

consecuencias de la enfermedad sobre el desarrollo global de la persona con discapacidad mediante 3 dimensiones o reconocimiento del problema (OMS, 2001):

Figura 1: Esquema de la clasificación de las consecuencias de la enfermedad propuesta por la OMS.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1983.

La CIF redefinió el término de discapacidad dada la necesidad de ajustar la terminología a las nuevas realidades con el fin de avanzar hacia una mejor visión de la misma. De este modo, se busca brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para hablar de los estados “relacionados con la salud”. Por ello, progresa en la clasificación de “consecuencias de enfermedades” a “componentes de salud”, y tiene aplicación universal ya que es válida para todas las personas no solo para personas con discapacidad. Asimismo, se proporciona información en dos partes: funcionamiento y discapacidad como cuerpo, actividad y participación; y factores contextuales ambientales y/o personales. Igualmente, se abarca la discapacidad como un hecho multifactorial donde es importante la interacción con la sociedad y el ambiente (entorno favorable/desfavorable).

Con todo lo anterior, la CIF define la discapacidad, partiendo de un modelo bio-psico-social, como *un fenómeno complejo compuesto tanto de factores personales (englobando tanto deficiencias, como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) como factores contextuales (barreras y obstáculos) que ejercen un efecto sobre la deficiencia personal* (OMS, 2001, p. 206). Asimismo, en la OMS (2001), se encuentra la discapacidad como *toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano*.

La aprobación de la CIF, donde participaron las personas con discapacidad a nivel individual y colectivo, ha sido valorada como una oportunidad a escala internacional para difundir el principio de igualdad y no discriminación. Esta nueva clasificación ha ayudado a instaurar un nuevo modelo de discapacidad más positivo, más universal y menos excluyente.

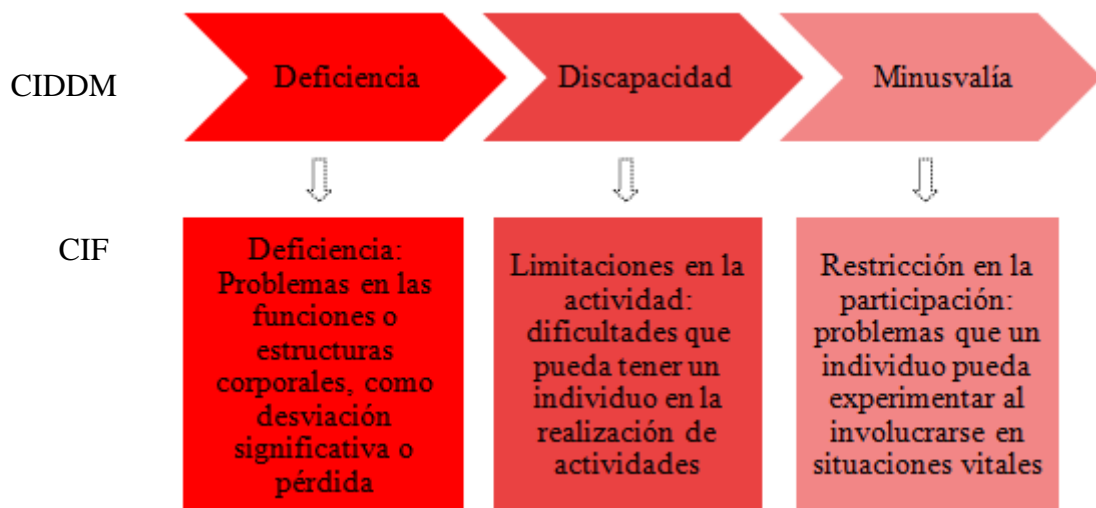
En definitiva, el transcurso de la CIDDM a la CIF ha supuesto que, al esquema causal y lineal de la CIDDM de 1980 se aporte un esquema de múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas, tenga enfoque positivo, y se incorporen nuevos términos y conceptos (Egea y Sarabia, 2001). Así:

- “Déficit en el funcionamiento” de la CIF, sustituye al término de “deficiencia” de la CIDDM.
- “Limitaciones en la actividad” sustituye al término de “discapacidad”.
- “Restricciones en la participación” sustituye al término de “minusvalía”.

La OMS (2001) amplía más estas definiciones y las clasifica en función de tres niveles de trastornos diferentes:

- Déficit en el funcionamiento: trastorno a nivel de órgano.
- Limitaciones en la actividad: trastorno a nivel de persona.
- Restricciones en la participación: trastorno a nivel de sociedad.

Figura 2. Comparación de la CIDDM y la CIF.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001.

Es importante conocer las diferencias entre los diversos términos que la relacionan, como son la deficiencia, minusvalía, dependencia e invalidez.

La deficiencia es *toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica que se manifiesta como un trastorno de carácter orgánico en el*

que se producen déficits, pérdidas o anomalías que pueden ser permanentes o temporales. Estas deficiencias representan un estado patológico el cual puede afectar a cualquier miembro, órgano, tejido o estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental (OMS, 2001, p. 207).

La minusvalía se define como *aquella situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales* (Egea, 2001, p. 16-17).

La dependencia es *el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal* (Boletín Oficial del Estado, 2006, p.9).

Por último, la invalidez sería ese estado de incapacidad física o mental para realizar una actividad, que puede ser de manera parcial o total, y provisional o permanente (CIDDM, 2001).

Cuando se habla de discapacidad es necesario distinguir entre origen de discapacidad, tipos y clases. En cuanto al origen, se puede distinguir entre discapacidad congénita o adquirida, y sobrevenida. Las causas en una discapacidad adquirida se manifiestan durante el periodo de gestación y/o en el nacimiento, pudiendo presentarse por herencia genética, negligencia médica o mala alimentación de la madre durante el embarazo. Mientras que en una discapacidad sobrevenida las causas son lesiones relacionadas con accidentes o enfermedades que pueden producirse desde la infancia hasta la etapa adulta (CNDH, 2016). En la actualidad, esta última representa un mayor porcentaje del conjunto de la población.

Por otra parte, los tipos de discapacidad se estructuran en física o motriz, psíquica, sensorial e intelectual.

Discapacidad física o motriz

Es una condición de vida que afecta al control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas, limitando su desarrollo personal y social (CNDH, 2012).

Teniendo en cuenta la clasificación de Martín Caro (1990), se tiene en cuenta:

- El momento de aparición de la discapacidad, puede ser de origen hereditario, de nacimiento, por accidente, etc.
- La localización, distinguiendo la paraplejia, tetraplejia o hemiplejia entre otras.
- El origen, si se desarrollan en el cerebro, el músculo, la médula espinal, etc.
- La etiología, diferenciando entre causas genéticas, accidentes u origen desconocido.

Entre las discapacidades físicas más frecuentes se hallan la lesión medular, espina bífida, parálisis cerebral y la esclerosis múltiple.

Por lo general, las discapacidades físicas implican la ayuda de otra persona, de algún instrumento -silla de ruedas, andaderas- o de prótesis para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Discapacidad psíquica

Esta discapacidad puede derivar de una enfermedad mental por factores bioquímicos y biogenéticos. Se suele relacionar con la discapacidad intelectual, pero es erróneo, ya que la discapacidad psíquica está originada por un retraso y/o enfermedad mental. Puede tener carácter temporal o permanente y entre sus causas principales se encuentran la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar o trastornos de pánico (Polonio de Dios, 2015).

Discapacidad sensorial

Es aquella que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier otro sentido, y que ocasiona algún problema en la comunicación o el lenguaje ya sea por disminución grave o pérdida total, en uno o más sentidos. En esta discapacidad es importante diferenciar la discapacidad sensorial auditiva, de la discapacidad sensorial visual (Polonio de Dios, 2015).

La discapacidad sensorial auditiva supone la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva total o parcial. Existen diversos criterios para clasificar las tipologías

según la localización de la lesión, las causas de la pérdida auditiva, el grado de pérdida y la edad del comienzo de la sordera (Polonio de Dios, 2015). Por otra parte, la discapacidad sensorial visual es aquella que afecta a la persona de modo que con ninguno de los dos ojos y empleando gafas correctamente graduadas, puede contar los dedos de la mano a 4.50 metros de distancia¹. De este modo, supone la carencia o afectación del canal visual de adquisición de la información.

Discapacidad intelectual

A nivel internacional los dos términos más utilizados históricamente para definir la discapacidad intelectual han sido: deficiencia mental (1908-1958), y retraso mental (1959-2009); mientras que en España se han empleado los términos de subnormalidad y minusvalía mental.

Actualmente, la discapacidad intelectual *se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años* (Verdugo, 2003, p.6).

Las causas por las que se produce esta discapacidad pueden ser prenatal, perinatal o postnatal: por conductas nocivas de la madre como trastornos adictivos durante la gestación, trastornos genéticos o hereditarios, entre otros.

Para que a una persona le sea reconocida la discapacidad intelectual, tiene que tener un Coeficiente Intelectual (C.I) significativamente bajo y presentar problemas considerables en su adaptación a la vida diaria. En España, la clasificación utilizada para el reconocimiento de discapacidad intelectual distingue los siguientes niveles (Polonio de Dios: 2015):

1. Retraso mental leve, si el CI están entre 50 y 70.
2. Retraso mental moderado, si el CI es entre 35 y 50.
3. Retraso mental grave y/o profundo, si el CI es menor de 20.

Asimismo, para realizar el reconocimiento, hay que tener en cuenta toda la información comprendida, como el diagnóstico clínico y/o la conducta adaptativa. Esta última incluye las habilidades conceptuales -lenguaje, lectura o escritura-, habilidades sociales como

¹ <https://www.fundaciononce.es/>

autoestima o responsabilidad, y habilidades prácticas, hacer la comida, tener autonomía o independencia (OMS, 2001).

Evaluación del grado de discapacidad intelectual.

La evaluación de la discapacidad se entiende como el trámite formal y administrativo a cumplimentar para certificar formalmente que una persona se encuentra en una situación de discapacidad (Polonio de Dios, 2015, p. 204).

Para obtener la certificación de “grado de las limitaciones en la actividad”, se debe seguir el procedimiento regido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (RPM). Conforme al artículo 1 de este Real Decreto, la finalidad de este procedimiento es *que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios.*

El Equipo de Valoración y Orientación (EVO) del Centro Base de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma, formado por al menos, un médico/a, un psicólogo/a y un trabajador/a social, realizan la evaluación. Mediante esta se procede al reconocimiento de la discapacidad distinguiendo cinco grados (RPM, 1999, p.20-21):

- Grado 1: “grado nulo de las limitaciones en la actividad”, con unos síntomas, signos o secuelas que son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.
- Grado 2: “grado leve de las limitaciones en la actividad”, cuyos síntomas, signos o secuelas asociados al mismo justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica de las mismas.
- Grado 3: “grado moderado de las limitaciones en la actividad”, sus síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.
- Grado 4: “grado grave de las limitaciones en la actividad”, con unos síntomas, signos o secuelas que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de auto cuidado.

- Grado 5: “grado muy grave de las limitaciones en la actividad”, presenta unos síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria.

Además, se establecen cinco categorías o clases según el grado de discapacidad (RPM, 1999, p. 21):

- Clase I: las deficiencias permanentes diagnosticadas, tratadas y demostradas mediante parámetros objetivos pero que no producen discapacidad. La calificación de esta clase es 0 por 100.
- Clase II: las deficiencias permanentes diagnosticadas, tratadas y demostradas mediante parámetros objetivos que originan una discapacidad leve. Le corresponde un porcentaje comprendido entre el 1 por 100 y el 24 por 100.
- Clase III: las deficiencias permanentes diagnosticadas, tratadas y demostradas mediante parámetros objetivos que originan una discapacidad moderada. El porcentaje está comprendido entre el 25 por 100 y 49 por 100.
- Clase IV: las deficiencias permanentes diagnosticadas, tratadas y demostradas mediante parámetros objetivos que producen una discapacidad grave. Le corresponde un porcentaje comprendido entre el 50 por 100 y 70 por 100.
- Clase V: las deficiencias permanentes diagnosticadas, tratadas y demostradas mediante parámetros objetivos severas que originan una discapacidad muy grave. A esta categoría se le asigna un porcentaje del 75 por ciento.

Finalmente, la resolución refleja el grado de minusvalía.

4.1.2. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los derechos humanos son universales, políticos, civiles, económicos, sociales y culturales. Pertenecen a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, ya que no existen derechos especiales para ellas, sino que éstas deben gozar de los mismos derechos humanos y libertades fundamentales en términos de igualdad con el resto de la sociedad, sin discriminación de ningún tipo. (DUDH, 1948).

Normativa a nivel internacional.

El reconocimiento de la discapacidad como cuestión de derechos humanos se produjo gracias a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Con esta,

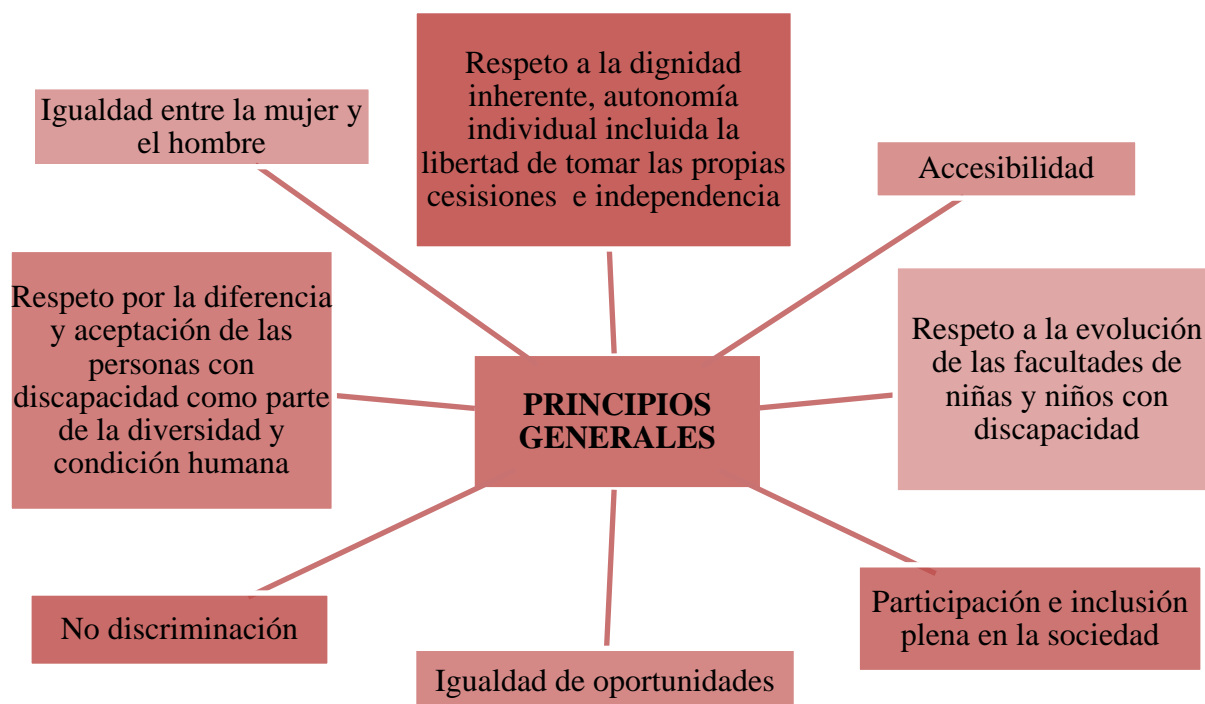
no se crearon derechos humanos nuevos, sino que se aseguró el principio de no discriminación en cada derecho.

La CDPD fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 por las Naciones Unidas y entró en vigor el 2 de abril de 2008. Representó un cambio en la forma de trato a las personas con discapacidad, buscaba la defensa internacional de sus derechos, y velaba por su acceso y participación en las decisiones que influyeran en su vida. Esta Convención se ha convertido en el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI y en el primer texto vinculante que abarca los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de las Naciones Unidas (Comisión Europea: 2010). Además, es especialmente relevante porque en su elaboración participaron activamente las personas con discapacidad, y asegura el principio de no discriminación en cada uno de los derechos (ONU, 2006).

El propósito de la Convención Internacional, tal y como se recoge en el artículo 1 es *promover, defender y garantizar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, así como promover también el respeto de su dignidad inherente.*

Los principios generales en los que se basa la Convención Internacional son:

Figura 3. Principios generales CDPD.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006.

Con la entrada en vigor de la Convención se consiguió:

1. La discapacidad pasó a ser cuestión de derechos humanos.
2. Se llevaron a cabo modificaciones legislativas necesarias en los Estados.
3. Se incluyó el Protocolo Facultativo, que permitía a personas y grupos dirigir peticiones al Comité sobre derechos de las personas con discapacidad.
4. Educación de la sociedad, fenómeno de la discapacidad con niñas y niños, e incorporación de consecuencias en el ámbito académico.

Normativa a nivel nacional.

Constitución española de 1978.

Con la promulgación de la Constitución de 1978, en un intento de definir la situación de las personas con deficiencias físicas o psíquicas, el artículo 49 regula los derechos de las personas con discapacidad: “*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos*”. (Constitución Española: 1978, p. 18).

Real Decreto 348/1986, de 10 de febrero, por el que se sustituyen los términos de “subnormalidad y subnormal” contenido en las disposiciones reglamentarias vigentes.

Este Real Decreto fue un hito relevante en la legislación ya que como se recoge en el artículo 1, los términos “subnormalidad y subnormal” son sustituidos por “minusvalía y minusválido”.

Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad (LPPD).

Esta Ley lleva por rúbrica la palabra “discapacidad”, y en su artículo 2.2 establece quienes tendrán la consideración de personas con discapacidad, siendo las afectadas por una minusvalía psíquica igual o superior al 33 por ciento; y las afectadas por una minusvalía física o sensorial igual o superior al 65 por ciento.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

En el año 2003, tras 20 años de la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982 (LISMI 13/1982), se publica esta nueva norma, que complementaría y serviría de impulso a las políticas de equiparación de las personas con discapacidad. Se justifican dos razones para la creación de esta ley, la persistencia en la sociedad de desigualdades, pese a las inequívocas proclamaciones constitucionales y al meritorio esfuerzo hecho a partir de la LISMI; y los cambios operados en la manera de entender el fenómeno de la “discapacidad” y, consecuentemente, la aparición de nuevos enfoques y estrategias.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

En este Real Decreto se pretende, conforme al artículo 1: “*garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación*”. Además, se define el término de “discapacidad” en el artículo 2 del mismo como *una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*.

Todas estas leyes protegen los derechos de las personas con discapacidad. Son relevantes para que éstas puedan vivir en igualdad de condiciones que el resto de la población. Pero, pese a esta normativa, las personas con discapacidad siguen sufriendo discriminación en diversos ámbitos de su vida diaria. Es necesario que esta legislación progrese para amparar sus derechos, de modo que estén integrados e incluidos en la sociedad con plena garantía derechos.

4.2. IMPORTANCIA DEL DEPORTE Y FACTORES ASOCIADOS

El deporte tiene el valor social de ser la forma más habitual de entender y practicar la actividad física tanto en nuestro contexto social como cultural. La OMS (2018) define la actividad física como *cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas*. Por ello, la inactividad física, es la ausencia de ese movimiento corporal, de esas actividades.

Por otra parte, en la Carta Europea de Deporte (1992), se entiende por deporte *todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles*. Conforme al artículo 6 de dicha Carta, *se debe promover la práctica del deporte en el conjunto de la población, con fines de ocio, de salud o de mejora de los rendimientos, poniendo a su disposición instalaciones adecuadas, programas diversificados y monitores, directivos o «animadores» cualificados*.

Términos relacionados con el deporte

El sedentarismo es el *conjunto de actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía, con un gasto energético menor de 1.5 METS -unidad de medida del índice metabólico-. Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como, por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio* (MSSSI, 2015, p.24).

La obesidad es *una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas*. Actualmente, hay un aumento de la ingesta de alimentos de alto contenido calórico en grasas, así como un descenso de actividad física por el sedentarismo de la población (OMS, 2017).

Por otra parte, el juego según Huizinga (1938) es *una actividad libre ejecutada y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga en ella*

provecho alguno, que se ejecuta dentro de un determinado tiempo y un determinado espacio; que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual.

Por último, jugar *es entretenerse, divertirse tomando parte en uno de los juegos sometidos a reglas, medie o no en él interés. Hacer algo con alegría con el fin de entretenerse, divertirse o desarrollar determinadas capacidades* (RAE, 2017).

Estos dos últimos términos forman parte de la “triada lúdica” o “engañosa” -tricky triad-, es decir, la relación entre los conceptos de juego (game), jugar (play), y deporte (Gimeno, López, Sánchez-Pato, 2017).

En el Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2014) se exponen las circunstancias por las que unos pocos factores de riesgo son responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad. Las enfermedades no transmisibles, constituyen la causa de defunción más importante en el mundo, ya que representan un 63 % del número total de muertes anuales, 36 millones de personas cada año. Los factores de riesgo más importantes son: hipertensión arterial, consumo de tabaco, hiperglucemia, falta de actividad física y sedentarismo, y exceso de peso u obesidad. Por ello, la alimentación poco saludable y la falta de actividad física, son las principales causas de enfermedades no transmisibles, como diabetes o cáncer, y contribuyen a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad, la cual tiende a aumentar en los países en desarrollo.

Es de especial relevancia que las personas sean conscientes de las consecuencias que tienen la inactividad física y el sedentarismo, y los beneficios que aporta a la salud ser más activa/o. Además, la actividad física regular y en niveles adecuados, contribuye a:

- Mejorar el estado muscular y cardiorrespiratorio.
- Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, diabetes, depresión y diversos tipos de cáncer como de mama o colon.
- Disminuye el riesgo de fracturas y caídas.
- Es fundamental para mantener un buen equilibrio energético y control de peso.

Cada vez hay más estudios que demuestran la importancia tanto de realizar actividad física como de reducir el sedentarismo, ya que ambos influyen en la mejora de la salud, prevención de enfermedades crónicas y reducción de la obesidad, lo que incrementa la calidad y esperanza de vida de la población. Por ello la OMS (2004), recomienda un mínimo de treinta minutos diarios de actividad física moderada para adultas/os y de sesenta minutos para niñas y niños, dado que tener una vida activa conlleva múltiples beneficios.

4.3. LA RELACIÓN DEL DEPORTE CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las limitaciones a las que se enfrentan las personas con discapacidad requieren ajustes en el entorno para que puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con resto de la ciudadanía. Como se recoge en el Plan de Acción de la Estrategia Española sobre discapacidad (2014), de la Estrategia Española de Discapacidad 2012-2020, hay que tener en cuenta las situaciones de pobreza, menor nivel educativo, falta de empleo o vulnerabilidad social, que afectan en mayor proporción a estas personas. Además, existen diferencias notorias entre mujeres y hombres con discapacidad, ya que ellas tienen niveles más bajos de formación, menores tasas de actividad y empleo y menores oportunidades de inclusión educativa, social, laboral, etc. La imagen que se sigue proyectando con respecto a la persona con discapacidad es la de persona en silla de ruedas, de discapacidad física con malformaciones, o discapacidad visual entre otras.

Como se recoge en el Libro blanco sobre el deporte (2007), de la Comisión de las Comunidades Europeas, el deporte concierne a toda la ciudadanía, independientemente de cuál sea su sexo, raza, edad, discapacidad, religión y creencia, orientación sexual y condición social o económica. Es un área de actividad humana con gran poder de convocatoria, ya que llega a todo el mundo independientemente de la edad o el origen. La práctica mejora la salud de la ciudadanía, por lo que tiene una dimensión educativa, social, cultural y recreativa. Toda la población debería tener acceso al deporte, incluidos los grupos minoritarios, ya que desempeña un papel muy importante para las personas jóvenes procedentes de entornos más desfavorables y personas con discapacidad. Además, los Estados miembros y las autoridades y organizaciones deportivas deben velar por sedes deportivas e instalaciones que estén preparadas para la accesibilidad de las

personas con discapacidad. Asimismo, en el Plan de Acción sobre la Estrategia de la Unión Europea en materia de Discapacidad (2010), se tiene en cuenta la importancia del deporte para las personas con discapacidad y respalda las acciones de los Estados miembros en este ámbito.

A nivel regional, las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma de La Rioja tienen la obligación de promover la paz, armonía en el deporte, promoción deportiva, fomento del mismo y ejercicio físico entre las personas con discapacidad e inclusión de colectivos desfavorecidos, en el ámbito de la cohesión social y la igualdad. Según la Ley 1/2015, de 23 de marzo, del ejercicio físico y del deporte de La Rioja, en el artículo 2.1 de la Ley se recoge que el ejercicio físico es la *práctica de la actividad física de ocio y tiempo libre con un objeto recreativo, de desarrollo de relaciones sociales y de mejora de la salud*, al cual deben tener acceso todas las personas en igualdad de condiciones. En el artículo 4.2 se recoge que (Gobierno de España, 2015, p. 8-9):

- Hay que fomentar la cohesión social e igualdad mediante el fomento del deporte y ejercicio físico entre las personas con discapacidad.
- Promover acciones para la inclusión de los colectivos más vulnerables y desfavorecidos en las actividades deportivas, para facilitar su integración, el conocimiento y el respeto mutuo con su entorno de convivencia.
- Considerar el deporte como elemento de integración social y de empleo del tiempo libre.

En el caso de las personas con discapacidad, ya sea sobrevenida, por secuelas por la misma, o una enfermedad discapacitante, existen factores importantes sobre la práctica de ejercicio físico y deportivo adaptada tanto a las discapacidades como a la persona. Se trata de adaptar las actividades teniendo en cuenta los factores que marcan las diferencias sustanciales de la persona con discapacidad -como su capacidad cognitiva-, y su entorno social, familiar y laboral. La práctica de deporte es primordial para las personas con discapacidad intelectual tanto para su mantenimiento físico como para su salud psicológica y social, lo que en conjunto fomenta la calidad, salud y esperanza de vida (Horitzó, 1994).

En la sociedad de hoy en día, las personas con discapacidad intelectual son privadas de algunos derechos y sufren discriminación por parte de algunas empresas o instituciones

o por la sociedad, falta de sensibilidad, obstáculos en el entorno, dificultades para la inserción laboral, etc.

Con la puesta en marcha de instituciones y medidas normativas y políticas, como la ley de ejercicio físico y deporte de La Rioja, o la Federación Española de Deporte para personas con Discapacidad Intelectual (FEDDI), el deporte debe ser adaptado a la discapacidad de cada persona, ya sea física, psíquica, sensorial y/o intelectual. Cualquier persona con alguna de estas discapacidades puede practicar deporte, sólo hay que buscar aquel que se corresponda mejor con su patología y afección, gusto y cualidades. El deporte adaptado es de especial importancia en el desarrollo personal y social de la persona con discapacidad que lo practica. Toda persona con discapacidad intelectual debe enfrentarse a una sociedad construida sobre parámetros entendidos como normales, sobre barreras y obstáculos no condicionados para sus dificultades. Por ello, el deporte ayuda a abstraerse de los inconvenientes que esas barreras conllevan, así como a fortalecer su cognición, percepción o control, entre otros, y fomenta la autosuperación psicológica y social día a día. Ese beneficio social referido a la realización de deporte, se describe a la práctica del mismo como un bien social más, como principio de inserción e integración social (Alcántara. et. al, 2011). Esta inclusión social a través del deporte se puede desarrollar desde diferentes niveles:

1. Las personas con discapacidad intelectual pueden practicar deporte exclusivamente en su ambiente con otras personas con discapacidad intelectual - Clubes o Federaciones para personas con discapacidad-, pero con ello, no son plenamente integradas/os ya que ni participan ni compiten contra población sin discapacidad.
2. En los Clubes Deportivos existe una sección de Deporte Adaptado como medio de inclusión.
3. Las personas con discapacidad intelectual realizan deportes de manera conjunta con las personas sin discapacidad, lo que supone la forma más avanzada de integración, aunque en pocas ocasiones se ejecuta.

La realización de actividad física mediante el deporte inclusivo se desarrolla a través del deporte adaptado, el cual puede ser escolar, recreativo, terapéutico, y competitivo.

1.) Deporte adaptado escolar.

Se desarrolla en las Escuelas Especiales y en las Escuelas Comunes, en estas últimas, el alumnado con necesidades educativas especiales se encuentra integrada/o con el resto de compañeras y compañeros. En la asignatura de Educación Física es donde se sientan las bases de la futura disciplina deportiva, se desarrollan diversas áreas motrices como habilidades motoras y cualidades perceptivo motoras y coordinativas, y medios donde amplían diversas áreas como son psicomotricidad, gimnasia y juegos.

Esta metodología realizada en las Escuelas permite incorporar las técnicas y entrenamiento específico de cualquier disciplina deportiva, pero en la mayoría de los casos son niñas y niños y adolescentes con discapacidad intelectual, por lo que pueden ser las únicas experiencias motrices de su vida (Alcántara. et. al, 2011).

2.) Deporte adaptado recreativo.

El deporte recreativo surge para personas con discapacidad intelectual cuya finalidad última es terapéutica. Es un tipo de deporte inclusivo ya que son juegos adaptados a todas las personas que quieran participar, por lo que tienen por objetivo el uso del ocio y tiempo libre. Por ello, esta práctica se realiza en parques públicos, escuelas, hospitales y clínicas e instituciones.

Mediante el mismo, las personas con discapacidad intelectual pueden sentirse menos marginadas ya que es un método integrador, y pueden distraerse y relacionarse con muchas personas tanto con discapacidad como sin ella (Alcántara. et. al, 2011).

3.) Deporte adaptado terapéutico.

Es el que forma parte del proceso de rehabilitación, entendido como el procedimiento médico, psicológico, pedagógico y social para desarrollar las capacidades de la persona con discapacidad intelectual. A través del deporte y la motivación, surgen esfuerzos que con frecuencia superan aquellos que se realizan durante una sesión de trabajo físico.

Cuando una persona con discapacidad comienza a practicar deporte, debe completar previamente un tratamiento y ejercicios individuales para mejorar en su vertiente psicológica y social y desarrollar capacidades perceptivo-motoras y cognitivas. De este modo, mejoran sus funciones mentales y se trabaja en diversos factores como: aptitud hacia la discapacidad, afectación, estimulación, condiciones del entorno (familia o escuela, entre otros), y momento de aparición de la deficiencia (Alcántara. et. al, 2011).

4.) Deporte adaptado competitivo.

Esta modalidad se refiere a aquella en la que hay un reglamento de juego. Se establece exclusivamente para las personas con discapacidad, respetando al máximo las normas de juego y adaptándolo a sus necesidades. Esta disciplina debe estar avalada por Entes Internacionales y Nacionales, las cuales desarrollan un sistema de competición a nivel local, nacional e internacional con una técnica de clasificación especial (Alcántara. et. al, 2011).

Modalidades de competición para personas con discapacidad intelectual.

El deporte adaptado para personas con discapacidad intelectual se practica mediante la Federación Española de Deportes para Discapacidades Intelectuales (FEDDI), con el fin de fomentar la normalización de la práctica deportiva y actividad física; y mediante los Juegos Paralímpicos -enmarcados en el Comité Paralímpico Español (CPE)-, con la finalidad de unir y coordinar todo el deporte para personas con discapacidad en España, en estrecha colaboración con el Consejo Superior de Deportes. A través de la FEDDI y el CPE, las personas con discapacidad intelectual practican modalidades deportivas adaptadas junto a sus iguales.

La historia de los Juegos Paralímpicos comenzó en 1960 en Roma. Antonio Maglio, director del Centro de Lesionados Medulares de Italia, propuso que los IX Juegos Internacionales de Stoke Mandeville, celebrados en Londres desde 1948 tras la II Guerra Mundial, se celebraran en la ciudad italiana, condiciendo con los Juegos Olímpicos de 1960. Los Juegos Paralímpicos inicialmente se llamaron “Olimpiadas para minusválidos”, hasta que el Comité Olímpico Internacional (COI), aprobó en 1984 su nombre actual. Los Juegos Paralímpicos fueron los primeros Juegos Internacionales para personas con discapacidad que se desarrollaban en las mismas instalaciones y sedes que los Juegos Olímpicos, por lo que el Comité Organizador acondicionó las infraestructuras para la accesibilidad de las/os deportistas (CPE, 2018).

A nivel estatal, no fue hasta el año 1995 cuando se configuró el Comité Paralímpico Español, y en 1998 cuando se reconoció a este con la misma naturaleza y funciones que las del Comité Olímpico Español. Con esta creación, se unió y coordinó todo el deporte de personas con discapacidad en España.

Para el CPE (2018), las cuatro federaciones polideportivas que se distinguen, según el tipo de discapacidad, son:

- Federación Española de Deportes para Ciegos (FEDC).
- Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad Física (FEDDF).
- Federación Española de Deportes para Discapacidades Intelectuales (FEDDI).
- Federación Española de Deportes de Personas con Parálisis Cerebral y Daño Cerebral Adquirido (FEDPC).

En los Juegos Paralímpicos hay un total de veintiocho disciplinas -veintidós de ellas de deportes de verano, y las seis restantes de deportes de invierno-, pero las personas con discapacidad intelectual únicamente compiten en cuatro de las categorías.

- Atletismo.

Es la disciplina más numerosa del programa Paralímpico y comprende diversas modalidades como eventos de pista con distancias entre 100 y 10.000 metros, concursos, lanzamientos y saltos, y maratón.

En este deporte compiten todo tipo de personas con discapacidad, desde física en silla de ruedas, a discapacidad visual, parálisis cerebrales o discapacidad intelectual. Estos últimos no precisan ayudas técnicas, por lo que participan con total normalidad en prácticamente las mismas pruebas que las personas sin discapacidad. Las/os participantes están divididos en función de minusvalías, subdivididos a su vez en clases según su capacidad funcional y cognitiva para realizar el deporte. Así, las personas con discapacidad visual pertenecen a las clases 11-13, las personas con discapacidad intelectual a la clase 20, las/os participantes con parálisis cerebral a las clases 31-38, aquellas/os con discapacidad física con afectación en alguna extremidad o falta de ella en las clases 40-47, y por último las clases 51-58 comprenden a personas en sillas de ruedas o lanzadoras/es que compiten sentados (CPE, 2018).

- Natación.

Es una de las disciplinas más populares en todo el mundo. En ella compiten diversos grupos de discapacidad, aquellas/os con discapacidad intelectual cumplen las mismas reglas que las personas sin discapacidad.

Se practican cuatro estilos: libre, braza, espalda y mariposa, los cuales se combinan con la prueba de estilos, ya sea individual o de relevos. Todas las carreras se disputan en piscinas de 50 metros y las/os deportistas con discapacidad pueden comenzar de pie sobre el poyete, sentadas/os, o directamente dentro del agua (CPE, 2018). En función de la discapacidad, se encuentran diversas clases: S1 a S10 engloba discapacidades físicas o parálisis cerebral, S11 nadadoras/es ciegos, S12 y S13 discapacidades visuales, y S14 discapacidad intelectual. Por ello, las personas con discapacidad intelectual compiten en categorías independientes, mientras que quienes tienen discapacidad física y parálisis cerebral lo hacen en conjunto (Alcántara. et. al, 2011).

- Tenis de mesa.

Es uno de los deportes más numerosos del programa, con cerca de 300 participantes. Se juega de forma similar al practicado por personas sin discapacidad, pero con un sistema de puntuación diferente.

En tenis de mesa se compite a nivel individual, por equipos y open, tanto en categoría femenina como masculina. En el deporte paralímpico los partidos se disputan a cinco sets de once puntos, o una diferencia de dos puntos si se superan los once. En esta modalidad las competidoras y competidores se agrupan en once clases en función de su grado y tipo de discapacidad. Las clases 1 a 10 engloban a deportistas como discapacidad física o parálisis cerebral: de la clase 1 a 5 compiten en silla de ruedas, y de la 6 a 10 de pie. La clase 11 son las/os deportistas con discapacidad intelectual, quienes participan en todos los niveles posibles de la disciplina (CPE, 2018).

- Taekwondo.

Esta modalidad debutará en los Juegos Paralímpicos de Tokio 2020 tras la aprobación de la Asamblea General del Comité Paralímpico Internacional en 2015.

Este deporte comprende dos modalidades: *Kyorugi* (combate), para personas con discapacidad física en los brazos, y *Poomsae* (exhibición), para personas con cualquier tipo de discapacidad: física, parálisis cerebral, visual, auditiva, o intelectual. Es muy similar a la modalidad olímpica, únicamente varía en que en la modalidad paralímpica no se permiten patadas en la cabeza, no se pueden bloquear aquellas que vayan al cuerpo, y no puntúan los golpes dados con los puños. Además, las categorías dependen del peso corporal de las/os deportistas, para la categoría femenina se distingue entre menos de 49

kilos, menos de 58 kilos, y más de 58; mientras que en la masculina se distingue entre menos de 61 kilos, menos de 75 kilos, o más de 75 kilos (CPE, 2018).

Las Federaciones deportivas son la vía normalizada para la práctica de deporte en España. La FEDDI surge para ofrecer a las personas con discapacidad intelectual la posibilidad de practicar deporte y actividad física adaptada a las necesidades de cada deportista con la finalidad de promover y desarrollar el deporte ofreciendo oportunidades a cada persona (FEDDI, 2006).

En la FEDDI se encuentran diversos deportes para personas con discapacidad, pero no todos forman parte de los Juegos Paralímpicos. Dentro de esos, atletismo o natación están incorporados en el programa Paralímpico, mientras que otros como vela o gimnasia rítmica aún no forman parte del mismo. Los deportes de la Federación no enmarcados en el Juegos Paralímpicos son:

- Fútbol sala.

En esta modalidad compiten personas con discapacidad intelectual, así como personas con ceguera o con discapacidad visual. Está compuesto por dos ligas -liga de 1ª adaptada y liga de 2ª adaptada-, donde participan ambos géneros. En cuanto a la normativa, es similar a la de fútbol sala para personas sin discapacidad, pero se promueve más la fluidez del partido. El partido consta de dos tiempos de catorce minutos a tiempo corrido, a excepción de los dos últimos minutos del segundo tiempo, que son a tiempo parado. Entre el primer y segundo tiempo hay un descanso de cinco minutos, y cada equipo dispone de un tiempo muerto por tiempo de un minuto de duración. Además, cuando finaliza el partido todas y todos las/os jugadores inscritos habrán tenido que participar en el partido (FEDDI, 2006).

- Vela.

Las personas con discapacidad intelectual compiten en la clase Sonar -de tres personas-, y en la clase 2.4 mR -una embarcación de una persona-. Compiten contra personas con diversas discapacidades, no sólo intelectual, y tanto en pruebas femeninas como masculinas. Hay modificaciones en cuanto al equipamiento y sistema de puntuación conforme al nivel de discapacidad, lo que conlleva a que distintas minusvalías se enfrenten entre sí (Alcántara. et. al, 2011).

- Baloncesto.

Este deporte lo practican las personas con discapacidad física y con discapacidad intelectual. La cancha en la que juegan es igual que en el baloncesto tradicional. Se compiten en un campo con las mismas dimensiones, con un balón de mismo peso, canastas a igual altura, y líneas de tiro a la igual distancia. Se tiene en cuenta que hay posibles dificultades de coordinación, concentración o comprensión de las reglas o tácticas, por lo que se promueve el trabajo en equipo y la adquisición de conocimientos sobre las pautas (Alcántara. et. al, 2011).

- Gimnasia rítmica.

En esta modalidad hay dos formas de participación para personas con discapacidad intelectual: en individual y conjuntos. Dada la periodicidad con la que se inicia la práctica de gimnasia rítmica las edades de las categorías son diferentes, establecidas de la siguiente manera, tanto para la categoría femenina como para la masculina (CPE, 2018):

- a. Junior: dirigida a las jóvenes y los jóvenes de entre 8 y 15 años.
- b. Absoluta: deportistas de entre 16 y 35 años.
- c. Veteranas y veteranos: aquellas/os participantes con más de 35 años.

Entre las modalidades de la FEDDI, el fútbol sala y baloncesto forma parte de los Juegos Paralímpicos para personas con discapacidad física y visual, pero no para quienes tienen discapacidad intelectual. Esto permite entrever la desigualdad a la que se enfrentan, no sólo con la población sin discapacidad, sino también a aquellas/os con discapacidad. Por ello, se debe promover e incluir a las personas con discapacidad intelectual en el ámbito deportivo en igualdad de condiciones con el resto de individuos. Además, las modalidades de vela y gimnasia rítmica, ni siquiera están incluidas en el programa de los Juegos Paralímpicos, únicamente se practican y se compite a nivel estatal, limitando las posibilidades de las/os participantes.

4.4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL DEPORTE CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las personas profesionales de este ámbito con frecuencia no son valoradas para desarrollar la intervención social en el entorno del deporte. Por ello, la figura del trabajador o trabajadora social en el ámbito del deporte supone un reto para demostrar que se puede trabajar con la discapacidad desde este y otros ámbitos. Habitualmente son otras/os profesionales como médicas/os, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogas/os, o educadoras/es especiales, quienes tratan esta perspectiva de discapacidad y deporte.

Las personas con discapacidad intelectual cuentan con asistencia en distintos niveles de la vida diaria (sociales, laborales o educativos, entre otros) pero ésta es escasa a nivel deportivo. Hay que tener actitud positiva hacia este colectivo, con pensamientos sociales, rehabilitadores e integradores que constituyan una actuación dirigida a la normalización de su vida, sin juzgar a la persona, sin prejuicios y estereotipos. Las trabajadoras y trabajadores sociales deben actuar para mejorar la vida de estas personas, así como su salud y autonomía. Estas consideraciones son muy importantes a la hora de tratar con el colectivo, pues hoy día todavía existen profesionales que trabajan desde una perspectiva pasiva basada en esos estereotipos (Alcántara. et. al, 2011). Además, uno de los principales retos profesionales es proporcionar servicios y apoyos en el deporte, favoreciendo contextos integrados, normalizados e inclusivos que den lugar a situaciones que fomenten el crecimiento y el desarrollo personal (Garrote, Muñoz, Sánchez, 2017).

El deporte es una herramienta que tiene que ser utilizada desde un punto de vista profesional y ha de estar planificada, ejecutada y evaluada con ese valor y carácter inclusivo.

Dada la influencia e importancia del deporte en el proceso de intervención social, se deben involucrar más a las/os profesionales de trabajo social tanto en el diseño, como en la ejecución y evaluación de las actividades desarrolladas con las personas con discapacidad intelectual. Las/os trabajadoras/es sociales, pueden gestionar diversos recursos para las personas con discapacidad intelectual, así como proporcionar apoyo moral y psicológico en la mediación y en el proceso de integración. Además, mediante el trabajo en red con otras/os profesionales, se pueden conocer diversas intervenciones y promover las mismas en aquellas asociaciones o entidades donde no se desarrolle el deporte como otra área

importante del desarrollo. En estas, la trabajadora o trabajador social debe promover el compañerismo y trabajo en equipo, mediante actividades específicas adaptadas a sus necesidades, las cuales promuevan la inclusión.

5. CONCLUSIONES

Tradicionalmente, las personas con discapacidad intelectual son calificadas como sedentarias ya que con frecuencia muestran bajo nivel físico, baja competencia motriz y problemas de coordinación. Asimismo, tienen dificultades en la percepción o toma de decisiones, lo que provoca que necesiten mayor tiempo de adaptación para la realización de actividad física y deporte. Pese a tener mermada su capacidad de atención y anticipación, cuentan con las capacidades suficientes para desarrollar deportes, sólo que tienen más dificultad en su participación en determinadas modalidades que requieren alto nivel cognitivo. Esto justifica que el deporte para personas con discapacidad intelectual está dividido en distintos niveles de práctica, en función de sus capacidades y su práctica motriz.

Un factor preocupante para las personas con discapacidad intelectual -así como para las personas sin discapacidad-, es la obesidad, ya que cada día se registran más casos de dicha enfermedad. En 2016, más de 1.900 millones de personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, de las/os cuales más de 650 millones eran obesas y obesos. Así, el 13 % de la población adulta mundial -un 15 % de mujeres y un 11 % de hombres- padecían obesidad (OMS, 2017). Es un problema que afecta a la salud y a calidad de vida de quienes la exhiben, pero no sólo a ellos, ya que sus familiares y entorno tienen que hacerse cargo de la persona con obesidad y supone grandes costes para el Sistema Nacional de Salud (medicamentos, consultas, etc.). Pero si la obesidad es preocupante para la población en general, lo es aún más para las personas con discapacidad intelectual, ya que se enfrentan a una vida más sedentaria y menos activa que la población en general. De ahí surge la necesidad de practicar deporte y tener actividad motriz, para hacer frente a los diversos factores, enfermedades y patologías perjudiciales que pueden empeorar su salud y calidad de vida. Estas personas deben tener las mismas posibilidades y medios y recursos para practicar deporte y sentirse plenos y efectivos, a pesar su nivel cognitivo y sus dificultades, para sentir beneficio tanto a nivel físico, como social y afectivo. Por tanto, el deporte, no sólo contribuye a la mejora únicamente de la condición física o salud, sino que supone un medio de integración e inclusión social de las personas con discapacidad intelectual. Así, la práctica de deporte genera una influencia positiva en este colectivo.

En los Juegos Paralímpicos participan en deportes adaptados en función de sus discapacidades. El deporte adaptado engloba las modalidades deportivas practicadas por personas con discapacidad, pero son pocos los deportes en los que pueden competir

aquellas y aquellos con discapacidad intelectual. Hay algunos que no requieren modificación para ser practicados por estas personas, como atletismo o natación, pero hay otros que se han diseñado de manera concreta para poder practicarlos, como el *goalball* para personas con discapacidad visual. Pese a que la situación del deporte para personas con discapacidad intelectual ha progresado en los últimos años, sigue siendo uno de los colectivos con menos desarrollo dentro del deporte para personas con discapacidad (Abellán, Sáenz-Gallego, 2013). Una de las razones de este menor desarrollo puede ser la incorporación a los Juegos Paralímpicos, donde fueron las/os últimos en hacerlo. Además, tienen escasa participación en los mismos, ya que únicamente compiten en cuatro de los veintiocho deportes, lo que supone que su representación equivale a un 14,3 %. Otras de las razones sería la visión negativa de la sociedad hacia las personas con discapacidad intelectual, ya que generalmente la población les percibe como no válidas para realizar actividades tanto de la vida diaria como deportivas, laborales o educativas. Con esto, se pone de manifiesto la necesidad de promover las actividades deportivas y físicas de las personas con discapacidad intelectual.

Últimamente se tiende a clasificar las/os deportistas con discapacidad según sus capacidades para realizar la práctica y no en función de su discapacidad. Esto supone, que personas con discapacidad intelectual cuya clase y grado de discapacidad es alto, no han podido practicar deporte a pesar de sus altas posibilidades, lo que provoca que disminuya su motivación por la práctica. Hay que tener en cuenta que este interés hacia el desarrollo de hábitos deportivos mejora su desarrollo personal y social. Su nivel de motivación es una herramienta para gestionar sus emociones, habilidades y autoestima, necesaria para desarrollar con convencimiento un estilo de vida saludable. Diversos organismos internacionales como la ONU o UNESCO, defienden que el desarrollo de actividad física y deporte es un derecho para todos sin discriminación alguna, el cual aporta en las personas con discapacidad intelectual beneficios tanto individuales como sociales. Por tanto, la motivación contribuye en la consecución de hábitos deportivos y saludables que disminuyen el sedentarismo y obesidad.

Por otra parte, pese a que el deporte es una herramienta de inclusión social, existen numerosas barreras dentro de la práctica del mismo ya que habitualmente no existen los encuentros y competiciones mixtas, sino que las personas con discapacidad compiten contra deportistas de similares características -como en los juegos paralímpicos-, lo que produce una visión en ocasiones contraproducente para las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad intelectual todavía encuentran barreras para el desarrollo del deporte, como servicios insuficientes, escasez de medios económicos o actitudes negativas (OMS, 2004). Por tanto, es necesaria la colaboración desde una doble vertiente: familiar, donde las/os miembros no protejan de manera excesiva a estas personas, fomentando la realización de las actividades deportivas que ellas y ellos elijan; y desde las instituciones públicas y privadas, las cuales han de disponer de recursos materiales y humanos para garantizar el acceso a las instalaciones deportivas. De este modo, se debe motivar a las personas con discapacidad a la realización de actividades deportivas para superar todas las barreras a las que hacen frente. Esta motivación es producto de un conjunto de variables sociales, ambientales e individuales, es un elemento fundamental en el comportamiento humano ya que es clave para el compromiso y la adherencia a la práctica deportiva (Garrote. et. al, 2017).

La actividad deportiva es de especial importancia para el trabajo social, dada la variedad de efectos sociales que produce tanto en las personas como en sus relaciones con el resto de población. Así, el deporte proporciona diversos efectos positivos, tales como:

Beneficios que perduran en el tiempo a nivel físico-biológico, psicológico y social, y tiene la posibilidad de:

- Mejorar el estado físico, emocional y mental de las personas con discapacidad intelectual.
- Incrementar la autoestima con la superación del logro, por lo que crea y regula hábitos junto al autoconcepto positivo.
- Incentivar la socialización e interacción social.
- Prevenir enfermedades y garantizar un buen nivel de calidad de vida y salud.
- Promover el desarrollo personal, la autoconfianza y autocontrol.
- Fomentar el aprendizaje en equipo mediante la resolución de problemas, control de impulsos y respeto al resto de compañeras/os.

Contribuye a la construcción de una identidad, de una manera de relación tanto individual como grupal en el proceso de inclusión e integración social, promoviendo la socialización entre las personas.

Actualmente el deporte constituye una práctica de intervención social en numerosos ámbitos, pero no suele ser el/la trabajador/a social quien promueve dicha mediación.

El testimonio de una persona con discapacidad intelectual recogido a continuación puede servir como una pequeña muestra de lo que es capaz de conseguirse con el deporte. Joven que practica deporte de manera rutinaria todas las semanas con un grupo de personas con discapacidad intelectual. Lleva ocho meses realizando actividades como gimnasio con circuitos de ejercicios, running o bicicleta entre otros. Y con ello ha conseguido:

- Más fuerza física y se siente mejor consigo mismo.
- Mantiene su peso, incluso ha adelgazado desde que practica deporte, y ha reducido riesgos de obesidad y/o infarto.
- Tiene más fuerza y rapidez para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Ha mejorado su estado de salud y mental, así como su bienestar y concentración.

Con esta evidencia se puede observar que es necesario fomentar el deporte entre las personas con discapacidad intelectual. Por ello, se debe impulsar la práctica deportiva no sólo mediante clubes o federaciones, sino en asociaciones y entidades sociales teniendo en cuenta la percepción y gustos de las/os participantes. Asimismo, se puede divulgar la imagen positiva de la práctica para aquella persona que padece discapacidad intelectual, no sólo a nivel de salud, físico o mental, sino como persona capaz de realizar deporte para promover su integración en la sociedad.

6. BIBLIOGRAFÍA

Abellán, J., Sáez-Gallego, N.M. (2013). *Justificación de las pruebas motrices en el deporte para personas con discapacidad intelectual*. Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte. Vol. 9, nº 1, pp. 144-145, 147.

Alcántara, R., Del Pozo, J., Manfredi, J.L., Román, A. (2011). *Comunicación, deporte y personas con discapacidad*. I Jornadas Universitarias de comunicación, deporte y personas con discapacidad. Universidad de Sevilla, Andalucía. Editorial Astigi, S.L., pp. 7-8, 53-54, 56-57, 108-116, 121-127, 132-133. 135-138.

Boletín Oficial de la Agencia Estatal del Estado (1978). *Constitución Española*. Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado, pp. 18.

Caillois, R., Huizinga, J. (1938). *Homo ludens*. Disponible en: <https://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/16116499/El-juego-desde-Huizinga-y-Caillois.html>

Calzada, A. (2004). *Deporte y educación*. Revista de Educación, nº 335, pp. 46.

Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro blanco sobre el deporte*, (2007). Bruselas. Editado por la Comisión de las Comunidades Europeas, pp. 2-4, 7-9.

Comisión Europea. *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*, (2010). Bruselas, pp. 3.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2012). *¿Qué es la discapacidad?*. Edita Comisión Nacional de los Derechos Humanos-México, pp. 5-9.

Comité Paralímpico Español (2018). *Juegos paralímpicos*. Disponible en: <http://www.paralimpicos.es/juegos-paralimpicos>

Consejo de Europa (1992). *Carta Europea del Deporte*. Declaración política sobre la nueva carta europea del deporte, pp. 8, 11.

Federación Española de Deporte para personas con Discapacidad Intelectual (2006). *Juegos paralímpicos*. Disponible en: http://www.feddi.org/federacion_historia.asp

Garrote, D., Muñoz, E.M., Sánchez, C. (2017). *La práctica deportiva en personas con discapacidad: motivación personal, inclusión y salud*. La Psicología hoy: retos, logros y perspectivas de futuro. Atención a la diversidad. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología, nº 1, vol. 3, pp. 146-147, 151.

Gimeno, X., López, F.J., Sánchez-Pato, A. (2017). *Jugar, juego, deporte: para una teoría filosófica del deporte*. Filosofía del deporte. Facultad de Deporte, Universidad Católica de Murcia, pp. 1.

Horitzó, E. (1994). *Servicio de actividad física adaptada a personas discapacitadas*. Proyecto SAFADIS, pp. 3.

Izaguirre, R.C., Mustelier, S., Rivera, R. (2011). *La revisión bibliográfica como paso lógico y método de la investigación científica*. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial, República de Guinea Ecuatorial, pp. 5-7.

Ley nº 22. *Ley de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad*, Madrid, España, 23 de diciembre de 1999, pp. 17, 20-21.

Ley nº 40. *Ley del ejercicio físico y deporte de La Rioja*, Madrid, España, 23 de marzo de 2015, pp. 8-9.

Ley nº 45. *Real Decreto por el que se sustituyen los términos de “subnormalidad” y “subnormal”*, Madrid, España, 10 de febrero de 1986, pp. 2.

Ley nº 96. *Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)*, Madrid, España, 13 de diciembre de 2006, pp. 2-3.

Ley nº 277. *Ley de protección patrimonial de las personas con discapacidad (LPPD)*, Madrid, España, 18 de noviembre de 2003, pp. 5.

Ley nº 289. *Ley de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, Madrid, España, 29 de noviembre de 2013, pp. 10.

Ley nº 289. *Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*, Madrid, España, 2 de diciembre de 2003, pp. 1.

Ley nº 299. *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid, España, 14 de diciembre de 2006, pp. 9.

Marín, A.L (2008). *Clasificación de la investigación*. Métodos y estrategias de investigación. Disponible en: <https://metinvestigacion.wordpress.com/>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020*, (2011). Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD). Gobierno de España. Edita Real Patronato sobre Discapacidad, pp. 5-7.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Plan de acción de la estrategia española sobre discapacidad 2014-2020*, (2014). Aprobado por el Consejo de Ministros, pp. 3-4, 10.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población* (2015). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud., pp. 7, 23-24.

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), pp. 5.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España, pp. 4-6, 10-13, 20-21.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Suiza, pp. 9-10.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Informe de la Secretaría*. 57ª Asamblea mundial de la salud, pp. 7-8, 11-12.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra, Suiza, pp. 5-6, 12.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Actividad física*. Notas descriptivas. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Polonio de Dios, G. (2015). *La Discapacidad desde la perspectiva del Estado Social*. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba, Andalucía. Facultad de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales, departamento de Derecho Civil, Penal y Procesal, ES. Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba, pp. 178-204, 207-211, 234-238.

Sarabia, A. y Egea, C. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Artículos y notas, pp. 16-17, 19, 21, 24.

Verdugo, M.A (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002*, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca, Castilla y León, ES, pp. 2-4, 6.

7. ANEXO

Guion de entrevista a una persona con discapacidad intelectual.

1. ¿Cuál es tu edad? Y, ¿trabajas actualmente?

- Tengo 19 años y sí trabajo, en *Alcampo*.

2. ¿Con qué frecuencia practicas deporte?

- Todas las semanas desde octubre, ya que hago deporte todos los viernes de 10:00 a 11:30.

3. ¿Cómo te ayuda practica deporte en tu vida en las actividades básicas de la vida diaria y en tu trabajo? Di 3 cosas positivas de practicarlo.

- Para moverme mejor y sentirme mejor conmigo mismo, tener más rapidez al ir a los sitios y más fuerzas para salir andar, y mejor forma física.

4. ¿Piensas que ha mejorado tu salud, forma física y calidad de vida al practicar deporte?

Sí / No - ¿En qué ha mejorado?

- Sí, en que ahora al hacer más deporte tengo menos riesgo de poder tener obesidad, diabetes o de un infarto, mientras que mis amigos, quienes no realizan deporte, tienen más probabilidad de ello; además he podido mantenerme igual de peso.

5. Antes de formar parte de esta Entidad, ¿practicabas algún deporte?, ¿cada cuánto tiempo?

- No solía practicar ningún deporte fuera del Instituto, únicamente cogía la bici de vez en cuando e iba a andar poco, pero ahora la cojo con mucha más frecuencia porque me siento mejor y ando mucho más y con más aguante.

6. Del 1 al 10, ¿cuál es tu satisfacción al practicar deporte? ¿Por qué?

- Un 7'5 pero de momento ha mejorado mi salud y relación conmigo mismo, pero podría seguir mejorando cada vez para llegar al 10. El deporte es beneficioso, me ha aportado más fuerza personal y física tanto para el trabajo como para mi vida diaria, me ha dado autonomía y confianza en mi cuerpo y conmigo mismo.